



Modulo Dipartimentale	MD 100700 06 Rev 0 del 12-12-2014 Pagina 1 di 1
DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA	
Informativa e consenso informato all'effettuazione di agoaspirato U.O.C. Radiologia-BR – U.O.C. Radiologia-BT – U.O.C. Neuroradiologia – U.O.C. Anatomia e Istologia Patologica	

Gentile Paziente, il Suo Medico curante Dott. _____

Le ha spiegato che nel Suo caso è consigliata l'effettuazione di una diagnosi più approfondita, denominata "agoaspirato".

COS'È L'AGOASPIRATO

La manovra consiste nel prelievo per mezzo di ago sottile di una piccola quantità di materiale dalla sede interessata, individuata mediante palpazione, ecografia o radiologia.

Lo scopo è ottenere materiale che, allestito su vetrino ed interpretato al microscopio, consentirà di evidenziare e valutare la tipologia delle cellule e di pervenire, verosimilmente, ad una diagnosi più precisa sulla natura della formazione che è stata rilevata.

La procedura, non dolorosa ma solo modicamente fastidiosa, si svolge in regime sia ambulatoriale che di ricovero.

- Se Lei è stato accolto/a in regime ambulatoriale dopo circa mezz'ora potrà quindi lasciare l'Ospedale in piena autonomia, a meno che non sia stato eseguito un trattamento blandamente sedativo (in tal caso sarà necessario un accompagnatore).
- Se Lei è stato accolto/a in regime di ricovero ospedaliero, dopo circa mezz'ora dovrà tornare alla struttura di provenienza (ambulatorio, reparto).

L'esame in genere è ottimamente tollerato ma, come ogni trattamento medico chirurgico, anche l'agoaspirato comporta dei rischi, quindi è necessario che Lei ne sia informato/a e che dia il suo consenso all'esecuzione, mediante apposizione di una firma su questo foglio.

I rischi possibili, legati a questa procedura sono:

- fenomeni "vagali" (cioè ipotensione, mancamento, vertigini), legati all'emotività individuale, che peraltro si risolvono spontaneamente nel giro di alcuni minuti. Solo in rari casi si rende necessaria la somministrazione di farmaci.
- microemorragie locali che si risolvono nello spazio di alcuni giorni. **A tale proposito è necessario, se sa di avere un problema di coagulazione che Lei avverta il medico prima dell'indagine. Se assume farmaci anticoagulanti e antiaggreganti è importante che il suo Medico Curante abbia provveduto a darLe indicazioni per la sospensione/modificazione,**

Ha problemi di coagulazione?

☐ SÌ ☐ NO

Assume farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti?

☐ SÌ ☐ NO

- puntura/lesione accidentale di organi contigui, emorragie non autolimitantesi. Si tratta di eventi rari, con incidenza compresa da un caso su cento ad un caso su mille. In questi casi, comunque, si possono rendere necessari provvedimenti quali un ricovero, un intervento chirurgico, terapia farmacologica o trasfusionale.
- reazioni allergiche a disinfettanti e/o farmaci. L'utilizzo di disinfettanti cutanei o la necessità di somministrare farmaci in emergenza la può esporre al rischio di reazioni allergiche. Se Lei è a conoscenza di precedenti reazioni allergiche conseguenti all'uso di disinfettanti o farmaci è necessario che avverta il medico prima dell'indagine.

Ha avuto precedenti reazioni allergiche?

☐ SÌ ☐ NO

Nelle ore successive all'esecuzione dell'agoaspirato conduca un regime di vita controllato e al manifestarsi di eventuali segni clinici (es. sensazioni dolorose, gonfiore nella zona sede di agoaspirato, o altro) che Lei ritenga riconducibile all'esame espletato, lo segnali prontamente al suo Medico Curante o si rivolga alla più vicina struttura ospedaliera portando con sé la documentazione relativa all'esame eseguito.

Io sottoscritto/a _____, preso atto delle informazioni relative all'AGOASPIRATO e avendo ricevuto dal medico adeguate spiegazioni relative agli scopi dell'indagine, alle modalità di esecuzione, ai rischi ed ai limiti diagnostici,

ACCONSENTO

all'esecuzione dell'esame.

Data _____

Firma _____

Timbro e Firma del Medico Curante _____